


Fall 2012

The Development of HIV-Prevention Programs in Public Health Centers and Their Impact on Women: Opportunities for Changes in the City of Buenos Aires - El desarrollo de programas de prevención contra el VIH y sus impactos en las mujeres en el primer nivel de atención.
Oportunidades por cambios en la ciudad de Buenos Aires.

Anna Longo
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Health Services Research Commons](#), and the [Public Health Education and Promotion Commons](#)

Recommended Citation

Longo, Anna, "The Development of HIV-Prevention Programs in Public Health Centers and Their Impact on Women: Opportunities for Changes in the City of Buenos Aires - El desarrollo de programas de prevención contra el VIH y sus impactos en las mujeres en el primer nivel de atención. Oportunidades por cambios en la ciudad de Buenos Aires." (2012). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1397.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1397

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

El desarrollo de programas de prevención contra el VIH y sus impactos en las mujeres en el primer nivel de atención. Oportunidades por cambios en la ciudad de Buenos Aires.

The development of HIV-prevention programs in public health centers and their impact on women. Opportunities for changes in the city of Buenos Aires.

Anna Longo

Liliana Vignau

Otoño 2012
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
SIT: Salud Pública en Ambientes Urbano

Índice

Abstract.....	3
Agradecimiento.....	4
Pregunta de investigación.....	5
Introducción.....	5
El problema de VIH/SIDA en la Argentina y la Ciudad de Buenos Aires.....	6
El VIH/SIDA como una enfermedad y problema social.....	9
Los actores implicados: los proveedores y los pacientes.....	11
Coordinación e implementación de programas de prevención de VIH/SIDA en la ciudad de Buenos Aires.....	11
Creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD).....	13
Metodología.....	14
Informantes generales.....	16
Proveedores de atención: trabajadores de los CeSAC y CePAD.....	18
Personas viven con VIH/SIDA.....	20
Desarrollo.....	20
Indicadores del desarrollo de programas de prevención de VIH en los CePAD.....	22
Equipos de salud integrados (CeSAC/CePAD; dentro del CePAD).....	22
Recursos físicos.....	23
Accesibilidad a la gente.....	23
Interacción con la comunidad, otras instituciones presentes.....	24
Pero todavía.....	25
Factores y Consecuencias Sociales de VIH: como interactúan socialmente y consideran esta enfermedad todavía.....	26
VIH como un problema de muchos campos: La división del trabajo de la prevención.....	26
Cuando es el diagnóstico: el test VIH como una ocurrencia tardía.....	28
VIH en el campo profesional como un tema individual: Como recibe la gente atención e información.....	29
Los valores falsos en el campo de VIH: la falta de profesionalismo consolida los prejuicios sociales.....	31
El estigma del VIH en relación con el cuidado en el primer nivel: cuando es la atención demasiado cerca.....	32
Conclusiones.....	33
Referencia.....	36
Fuentes Primarias, Entrevistas.....	36
Fuentes Secundarias.....	38

Abstract

The focus of my research is the implementation and continued efforts of HIV-prevention plans that are provided in primary care public health centers in the city of Buenos Aires. Much of the outline for these programs has been created and maintained by la Coordinación SIDA, a government-based AIDS group that works to organize and moderate public sector prevention efforts in the city. Public health centers are an effective channel through which HIV-prevention can be provided, due to the fact that they are often very integrated in their communities and tend to have a good sense of the social context that they work in.

Historically, HIV rates have always been higher in Buenos Aires than any other part of the country. With an estimated 50% of the HIV-positive population ignorant of their status, providing key information, promoting safe sex practices, and encouraging testing all plays a huge role in controlling the epidemic (UNAIDS, 2011). To investigate what the health center prevention programs provide and how they do so, I interviewed three groups of involved actors: program coordinators and investigators, program providers, and women living with HIV/AIDS--people for whom the prevention efforts were intended to target.

My research included primary and secondary sources including: books, journal articles, newspaper articles, internet sites, pamphlets, personal interviews and observation.

I found that the key factors of a functioning prevention program were not necessarily indicative of success due to larger social and cultural factors that influenced the way the health center efforts were received by the community. The stigma of HIV/AIDS and discrimination of people living with the disease that are clearly present in society were also present within the health centers and the HIV-prevention programs. The following occurrences were indicative of this stigma and discrimination: the division of the HIV-prevention efforts; the individuality and isolating qualities of how information is shared and providers interact with patients; the false values regarding the rights of HIV-positive patients; and the fact that often patients prefer to receive care at a health center that is not in their own neighborhood for fear of being identified as a person living with HIV/AIDS.

Agradecimiento

En el primer lugar, me gustaría expresar mi gratitud a los docentes que me ayudaron en mi proyecto. A Ana Rita Diaz-Muñoz por su ayuda para contactarme con las personas para realizar las entrevistas y por sus palabras de consuelo y apoyo cuando las necesitaba. Y a Valeria Lliubaroff por toda su ayuda y explicaciones y, especialmente, por su dedicación para ayudarme a encontrar las fuentes necesarias para mi investigación.

También quería decir gracias por el tiempo y ayuda de Leticia Krsul sin la que no podría expresar tan claramente mi investigación y mis ideas. Ella fue un apoyo indispensable en este proceso. Además de su ayuda con mi investigación al fin de semestre, tengo que agradecer por nuestras clases de castellano y por hacernos conocer Buenos Aires.

Mi tutora, Liliana Vignau, fue una fuente de ayuda sin límites. Nuestras conversaciones fueron de sumamente interesantes y su pasión por su trabajo en el campo de VIH-Sida fue una inspiración para mi estudio. Agradezco todos sus esfuerzos por ayudarme en mi proyecto, además de todo el otro trabajo que ella hizo. Fue un honor conocerla y hablar con ella sobre un tema por el que compartimos un interés tan grande.

Gracias a todos los entrevistados por compartir su trabajo, su pasión, su conocimiento, su experiencia y su esfuerzos en la lucha contra el VIH conmigo. Fue un placer hablar con todos y aprendí mucho más de lo que esperaba.

Pregunta de investigación

El objetivo de mi investigación es el de describir la implementación y trabajo de los esfuerzos de prevención de VIH en el primer nivel de la atención y cómo estos esfuerzos brindan atención a las mujeres específicamente. Indagué en el rol de los centros de salud como proveedores de la prevención y mujeres viven con VIH/SIDA como pacientes y recipientes de estos esfuerzos.

Introducción

Desde el principio de la epidemia de SIDA en el mundo moderno, ha existido el entendimiento de que la enfermedad—en la forma primera como VIH y después cuando es más desarrollada, como SIDA—representa no solamente una amenaza a la salud sino en buena medida al bienestar completo de un individual o una comunidad.

Los esfuerzos específicos y tácticas particulares de la prevención de VIH requieren un alto nivel de coordinación, cuidado y comunicación en la mayoría de las sociedades y a una menor escala, en las comunidades. Para asegurarse que la prevención funciona de la mejor manera, que los esfuerzos tienen éxito y que todos pueden acceder a la prevención, es necesario que las dinámicas sociales y específicas de una comunidad sean tomadas en cuenta durante el diseño, aplicación y duración de los programas.

En la Argentina, el Estado tiene un papel muy fuerte en la lucha para controlar la epidemia de VIH/SIDA. Con la dedicación del Estado al sector público en su sistema de salud, es posible testear el VIH con el test rápido y recibir toda la atención médica que es necesaria sin pagar. El gobierno ha garantizado que todos sus ciudadanos pueden recibir el tratamiento y medicamentos gratuitamente.

Además del compromiso del gobierno para cuidar a la gente que ya tiene un resultado positivo del VIH, ha existido una gran implementación de esfuerzos de prevención. Hay muchas formas de programas que informan, educan, involucran y brindan atención y recursos saludables a la gente.

La conciencia y comportamiento de la gente en relación con el VIH es dependiente de muchos factores sociales. Por eso es imperativo reconocer que como las sociedades y comunidades se desarrollan y cambian constantemente, la manera en que la gente interactúa con el VIH se modifica todo el tiempo también.

Los programas en el primer nivel de atención que se dedican a la lucha contra el VIH tienen mucho contacto en sus comunidades y saber cómo usar su entendimiento es imperativo en la prevención exitosa de la enfermedad.

El problema de VIH/SIDA en la Argentina y la Ciudad de Buenos Aires

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y altera su función (OMS, 2012). Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, al punto que este sistema no puede luchar contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el nombre para los estadios más avanzados de la infección por VIH. El VIH puede transmitirse por medio de relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) con una persona infectada, transfusión con sangre contaminada, el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes y, también, se transmite de madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2012).

Los primeros casos de SIDA en Argentina se comenzaron a reportar en el año 1983 (Bloch, 2009). La tasa de incidencia de SIDA tuvo su pico a mediados de la década de los

noventa (1996-1997). Creció hasta el punto que estuvo disponible la terapia antirretroviral de alta eficacia. Por eso, después de estos años se vio una disminución en la incidencia y la mortalidad de las personas afectadas por el SIDA (Bloch, 2009).

Las estimaciones de las Naciones Unidas en el año 2009 muestran que aproximadamente 140.000 personas podían estar viviendo con VIH/SIDA en Argentina (UNAIDS, 2012). Se estima que 4 de cada 1.000 adultos están afectados por el virus: hay 3,9 casos de SIDA reportados cada cien mil habitantes y 12 diagnósticos de infección por VIH por cada cien mil habitantes (Ministerio de Salud, 2011).

En la Ciudad de Buenos Aires viven casi 3 millones de personas, aproximadamente el 8% de la población del país (Bloch, 2009). En 2010 se estima que habían casi 1.4 millones de varones y 1.6 millones de mujeres en la ciudad. El índice de masculinidad era 85,2 este año (Dirección General de Estadística y Censos, 2011).

En relación al VIH/SIDA, “la ciudad de Buenos Aires [...] aún concentra[...] la epidemia más importante de sida de la Argentina desde el 1983, con 29% del total de los casos de VIH-sida diagnosticados en el año 2000,” (Bloch, 2009). Entre los años 2007-2009, la tasa de VIH por 100 mil habitantes era de 25,6 por 100 mil habitantes en la ciudad de Buenos Aires, casi dos veces la tasa nacional que era 13,1 ese año (Ministerio de Salud, 2011). En 2010 había 921 notificaciones de infección por VIH en la ciudad (Coordinación Sida 2011). Cada año en la Argentina se producen medios 5.500 nuevos diagnósticos de infección por VIH--entonces en 2010 16,7 de los nuevos infecciones en todo el país ocurrió en la ciudad de Buenos Aires (Ministerio de Salud, 2011).

A principios de la década del noventa en Buenos Aires por cada caso de SIDA en una mujer existían casi 12 casos en hombres. Esta relación hombre-mujer disminuyó a 1,9 en 2006

(Bloch, 2009). En el año 2009-2010 la relación varón-mujer en infecciones por VIH era 1,7 en todo el país y 2,7 en la ciudad de Buenos Aires (Ministerio de Salud, 2011).

Desde la aparición de SIDA en los años ochenta, las vías de transmisión en casos de VIH/SIDA han cambiado. Al principio la principal vía de transmisión fue la sexual entre hombres que tenían sexo con otros hombres sin uso de preservativo, pero a partir de 2000, está caracterizada por un fuerte crecimiento entre las personas con relaciones heterosexuales sin uso de preservativo (Bloch, 2009). En la década del 80 menos del 10% de los casos de SIDA en la ciudad de Buenos Aires eran transmitidos por relaciones heterosexuales; en 2006 esta tasa aumentó a casi el 60% (Bloch, 2009).

En los años 2003-2010 en la ciudad de Buenos Aires, había 3.361 notificaciones de infección por VIH en mujeres por vía de transmisión heterosexual (Coordinación Sida, 2011). Este vía de transmisión representa el vía de transmisión por VIH en casi 90% de todos los infecciones en mujeres. Durante los mismos años, había un total de 5.789 notificaciones de infección por VIH en varones por vía de transmisión sexual, el 86,1% de todos los infecciones en varones por VIH (Coordinación Sida, 2011). El 40% se produce a través de las relaciones entre hombres (relaciones homosexuales) y el 49% de las relaciones heterosexuales (Coordinación Sida, 2011).

Como María Gilligan explicó en una entrevista, el VIH en la Argentina se había hecho una enfermedad de vía de transmisión heterosexual, pero todavía no existían los programas y redes para atender a estas poblaciones heterosexuales y para controlar la epidemia en estas poblaciones tan grandes y con tanto riesgo (Entrevista Gilligan, 2012).

El VIH/SIDA como una enfermedad y problema social

En general es difícil hablar de las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Es un tema muy personal que nos obliga a considerar nuestra sexualidad además de nuestra vulnerabilidad.

El estigma del VIH/SIDA en la sociedad es un problema grave: la epidemia no puede ser tratada sólo como un problema de salud por consecuencia del efecto tiene a la vida cotidiana de uno que es positivo (Petracci & Romero, 2011). Nadie ignora que la enfermedad pueda afectar todos los aspectos de la vida de un portador.

La discriminación activa de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) marca cómo mediante legislaciones, políticas públicas, prácticas de las instituciones públicas, vivencias sociales y subjetivas cotidianas construyen una discriminación dentro de sus acciones, provisiones, comportamiento y conciencia (Petracci & Romero, 2011).

Además existen actitudes sociales discriminatorias que excluyen PVVS como diferente, no normal, promiscuo, sucio, amenazante. Estos prejuicios pueden causar un estigma interno de un PVVS, o un método de ‘auto-estigmatización’ que existe cuando un individuo siente vergüenza o culpa por el hecho de vivir con el VIH (Petracci & Romero, 2011).

En cierto sentido cuando hay expectativas de género y socio-relacionales que influyen fuertemente de los conceptos como “el machismo” puede ser más difícil para una mujer pensar en su sexualidad y sus derechos en este campo (Bianco & Mariño, 2008). Para las mujeres que luchan contra muchos otros problemas sociales y tienen muchas otras preocupaciones en sus vidas, el VIH puede ser otra situación incómoda más que pensar. Parece que conocer su estado puede solamente empeorar su situación.

En la Argentina, es común que “la familia es muy valorizada y las mujeres son más valoradas como madres y esposas,” (Cahn, Bloch & Weller, 1999). En relación al VIH, existe

“una fuerte discriminación hacia ‘esas mujeres’ ‘sexualmente promiscuas’ que amenazan a la familia, y hacen suya la sentencia de que las ‘prostitutas’ son las que diseminan el virus [VIH]. De esta manera las ‘mujeres respetables’ no son las supuestas mujeres de alto riesgo y; mientras ellas ignoran el propio riesgo solamente incrementan su vulnerabilidad al VIH (Cahn, Bloch & Weller, 1999). También a menudo las mujeres no tienen el poder controlar los variables sociales en sus vidas que los penen al riesgo alto de VIH: la habilidad de negociar el uso de preservativos, la violencia y el abuso, los desigualdades de poder de género, los roles de mujeres en la sociedad.

¿Cuál es la implicación social de ser una mujer que es positiva por una enfermedad de transmisión sexual, de una enfermedad que va a afectar toda su vida?

La realidad es que el VIH no es un amenaza solamente por una parte de la población que es parte de un grupo que es identificando como de alto riesgo. Pero por causa del temor de mucha gente de las consecuencias de ser conocida como una persona que vive con VIH/SIDA, o lo que significa si tiene la enfermedad, es difícil convencer a la gente que tiene un riesgo real de contraer el VIH y que es necesario testearse para saber su condición (Petracci & Romero, 2011).

Los números de portadores de VIH en todo el país indica que hasta el 50% de los infectados no conoce su condición—ellos no saben que son positivos en VIH (UNAIDS, 2011). Según un estudio en Argentina solamente el 21,05% de las mujeres y varones de 15 a 49 años de edad se habían sometido a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNAIDS, 2011).

El estigma de la enfermedad “es reconocido como uno de los principales obstáculos para abordar cuestiones de prevención y atención,” del VIH (Petracci & Romero, 2011).

Los actores implicados: los proveedores y los pacientes

En 2010, aproximadamente el 500.000 porteños no tenían cobertura de salud de obra social o de plan de salud privada—casi el 18% de la población en la ciudad dependían del gobierno, para el seguro social, para su cuidado y asistencia médica (Dirección General de Estadística y Censos, 2011). A causa de que tan alta proporción de la población depende del seguro público, los programas de educación y prevención de VIH/SIDA que son ofrecidos en el sistema público pueden incidir en la epidemia. Los esfuerzos del gobierno y su atención al problema social y médico influyen sobre cómo y en qué medida la gente comprende e interactúa con la enfermedad. Por lo cual hay muchos factores que debemos considerar cuando un programa de educación y prevención es creado e implementado.

Existen cuarenta y dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) en la ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadística y Censos, 2011). Estos proveedores corresponden al primer nivel de atención sanitaria; ellos están más cerca físicamente de la comunidad y por esto acostumbran a conocer mejor a la gente, ellos conocen mejor la realidad de vida en su comunidad propia. Están familiarizados con las necesidades, faltas, éxitos y desafíos de sus pacientes de una manera que es más personal.

Coordinación e implementación de programas de prevención de VIH/SIDA en la ciudad de Buenos Aires

En 1998, el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) buscó fortalecer los esfuerzos de los programas locales y minimizar la descentralización de acciones que ha ocurrido en los programas provinciales (Bloch, 2009). En los años 2000 a 2003, el gobierno nacional promovió su Proceso de Planificación Estratégica Nacional y Regional (Bloch, 2009).

En respuesta a esto, la ciudad de Buenos Aires tomó sus propias decisiones sobre la asistencia sanitaria y la prevención de la epidemia, que en muchas maneras era un problema peor y más difícil de controlar y resolver que en otras partes del país. En 2000 se creó la Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Trataron de hacer una construcción colectiva con una visión estratégica para controlar la epidemia en la ciudad específicamente. Usando un equipo de gestión interdisciplinario, un fuerte apoyo político, “una escucha atenta a las demandas [...] de la sociedad civil y del Estado,” un nivel central como de los efectores locales y tareas centrados en los equipos, la Coordinación tratan a establecer un mejor cualidad de cuidado del VIH/SIDA para los proveedores y los pacientes” (Bloch, 2009).

La Coordinación SIDA en la Ciudad de Buenos Aires trabaja en cuatro áreas: Asistencia, Prevención, Estudios Epidemiológicos y Comunicación Social (Bloch, 2009). En 2001 la Coordinación presentó un Plan Estratégico de VIH/SIDA, que se desarrolla en los años siguientes y analiza la tendencia y realidad cambiante de la enfermedad en la ciudad. Crearon planes de acción, estrategias y misiones para mejorar la prevención y atención médica al VIH y para apoyar los programas implementados de los centros de salud y los hospitales públicos.

La Coordinación SIDA estableció cuatro objetivos estratégicos grandes para enfocar sus esfuerzos y acciones en la lucha contra VIH/SIDA. Estos son:

1. Disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires.
2. Garantizar la atención integral a las PVVS.
3. Promover la investigación aplicada en el área de VIH-sida.
4. Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados. (Bloch, 2009).

A partir de estas metas se diseñaron algunas estrategias por cada objetivo, tal como el desarrollo de programas y políticas específicos y el facilitamiento del acceso a los recursos críticos, como a los centros de atención y a preservativos gratuitos (Bloch, 2009). La

Coordinación intentó mejorar la comunicación social en relación con la enfermedad, en cada nivel de conversación y mensajes provistos—con comunicación masiva además de campañas más focalizadas.

Sin embargo, desde “lo general” no fue posible desarrollar ningún mensaje o táctica concreta para la prevención o información que puede ser aplicado en cada nivel en cada programa en la ciudad de Buenos Aires.

Para concretar y establecer los objetivos de prevención de VIH en la ciudad, indudablemente había sido necesario integrar esfuerzos en cada nivel de atención para proveer el mejor acceso a la mayor cantidad de población. Por lo cual ha sido necesario considerar “actores reales, sus problemas, sus expectativas, los recursos y equipos existentes en el sistema público y en la comunidad,” para desarrollar los mejores métodos—y no es necesariamente posible hacerlo de arriba por abajo (Bloch, 2009).

Cada centro de salud existe y atiende a una población distinta que tiene sus propias necesidades, desafíos, faltas, dinámicas, creencias y estilos de vida. Las diferencias de edad y de género, distintos niveles educativos y socioeconómicos, diferencias culturales requieren que los centros se adapten a la realidad cultural de la audiencia y su población objetiva cuando implementan sus programas de prevención (Bloch, 2009). Para la mejor y más exitosa provisión y prevención, un centro debe ajustar sus acciones para atender a su población.

Creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD)

Como una parte de los esfuerzos de prevención de VIH, la Coordinación SIDA en la ciudad de Buenos Aires empezó un proceso de implementación de un nuevo tipo de atención en el primer nivel de atención—los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD).

Estos centros existen como espacios para la promoción del testeo voluntario y como otra puerta de entrada a la atención y asistencia para aquellas personas que están infectadas. Existen tres componentes centrales:

- 1 Componente de prevención y promoción
- 2 Componente de educación
- 3 Componente de asesoramiento

La Coordinación SIDA estableció sus objetivos más específicos: articular las acciones de prevención del VIH-SIDA en espacios formales e informales; comunicar y trabajar con otras instituciones en el barrio para colaborar; promover el uso y suministrar los preservativos; promover el testeo voluntario; orientar y apoyar a las PVVS cuando recibe su diagnóstico; promover la prevención de la transmisión vertical; promover la reducción de daños en usuarios de drogas; construir un modelo de atención que brinde satisfacción a los usuarios (Bloch, 2009).

El primer CePAD de la ciudad de Buenos Aires comenzó a funcionar en 2000 como parte del CeSAC Nro. 2 en Villa Pueyrredón (Bloch, 2009). A lo largo de los años se han establecido más: hoy en día existen dieciocho CePAD localizados en un CeSAC, tres en hospitales y tres en organizaciones afuera del gobierno (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2012).

Los que funcionan en centros de salud son parte de estos centros. Un CeSAC trabaja con la Coordinación SIDA para establecer su propia CePAD. Los equipos de trabajo del CePAD están constituidos por trabajadores y especialistas de su propio centro. De esta manera un CePAD tiene todo el conocimiento, entendimiento y herramientas para obtener sus metas propias.

Metodología

Esta investigación incluye fuentes primarias y secundarias. Los recursos secundarios fueron encontrados en búsquedas en Internet, libros, artículos de periódicos, publicaciones del

Gobierno y folletos. Las fuentes primarias son las entrevistas realizadas con tres grupos cualitativos: informantes generales que trabajan con VIH/SIDA en alguna manera, proveedores de atención de prevención de VIH/SIDA y mujeres que viven con VIH o SIDA. Estos tres grupos dieron la oportunidad de mirar el problema desde todos los puntos de vista involucrados en la provisión de programas de prevención de VIH en la ciudad de Buenos Aires. Cada grupo estaba vinculado con los otros; su trabajo, esfuerzos y experiencias fueron relatados unos a otros.

Como fueron estudiados los programas de prevención, sus éxitos y sus desafíos y cambios dentro de ellos que habían ocurrido, este estudio requería un trabajo del campo. Era necesario hablar con todos los sectores involucrados y afectados en los programas, no solamente observar las estadísticas y la epidemiología de la enfermedad en la ciudad.

Por eso, fueron entrevistados con tres grupos con relación a este problema.

El primer grupo fueron los informantes generales, los políticos, las personas que trabajaban con el problema de VIH/SIDA pero que no son proveedores de salud, no proveen atención médica a personas que viven con la enfermedad. Tienen información más general y a veces más teórica, por ejemplo: cómo los programas deben funcionar, cuáles son las leyes y programas grandes, cuáles son los objetivos de la Argentina, dónde existen desafíos en una visión más amplia. Algunas veces ellos pudieron colaborar para enfocar este estudio porque pueden indicar a quién exactamente o a que CeSAC era necesario contactar.

El segundo grupo fueron los proveedores de atención médica en el primer nivel del sistema público en la ciudad de Buenos Aires, en los CeSAC y CePAD. Son los médicos, administrativos, psicológicos, trabajadores sociales o cualquier otra posición dentro del equipo de salud que el centro tiene, ellos son la gente que es responsable y está a cargo de la implementación y la función del programa. Ellos dieron información sobre cómo comprender la

epidemia en su comunidad y sobre cómo interactúan con la gente para prevenir VIH. A través de ellos se conocieron los recursos que tienen y qué recursos proveen; y como, cuando y donde atienden a las mujeres en particular. Se realizaron preguntas sobre cuáles son sus desafíos, qué les falta, qué se hace bien y cuáles son sus éxitos. Fueron los que proveyeron la visión desde el lado de los proveedores de la atención, fueron quienes asumieron la responsabilidad de atender a la gente y de prevenir y luchar contra la epidemia SIDA en Buenos Aires.

El tercer grupo fueron las mujeres que viven con VIH o SIDA. Ellas pudieron aportar datos sobre cuáles fueron sus experiencias, dentro del sistema de salud y en sus vidas propias, cómo es ser una mujer, con todas las expectativas de género con relación a vivir con esta enfermedad, esta nueva realidad de vida. Ellas comentaron cómo son apoyadas por el sistema y cuando necesitan buscar recursos en otros lugares porque existen las faltas y brechas en sus experiencias y cómo es su conocimiento de su enfermedad.

En cada entrevista formal, fueron grabadas las conversaciones con un grabador digital para revisar las reuniones y la información compartida. Las preguntas y respuestas también fueron escritas.

Informantes generales

Las entrevistas con informantes generales fueron con Claudia Lucena (Ministerio de salud provincia de Tucumán), Liliana Vignau (Especialista en Salud Pública) y Fabián Portnoy (Coordinación SIDA de la Ciudad de Buenos Aires).

La relación con Claudia Lucena se consolidó durante el viaje de SIT a Tucumán, durante ella realizó dos presentaciones. Ana Rita Díaz-Muñoz, la directora del programa, colaboró para conseguir una entrevista con ella. La primera fue el jueves 18 de octubre de 2012, en el hotel donde quedaba el programa SIT, el que era muy conveniente para todos. Hablamos por más de

una hora discutiendo la epidemia de VIH y SIDA en la Argentina, el rol del Estado en la provisión de cuidado y recursos, los esfuerzos de prevención de algunas instituciones, los métodos de prevención y el estigma de la enfermedad. El ambiente de la entrevista era bastante informal y conversacional. Por eso no fue necesario realizar preguntas preparadas. Se recibió mucha información útil e importante y después de la entrevista tomó más tiempo analizar todos los datos. Fue necesario volver a escuchar la conversación algunas veces antes de organizar toda la información recibida.

La reunión con Liliana Vignau se realizó por recomendación de Ana Rita Díaz-Muñoz, y con la intención de que ella fuera tutora de este proyecto. Esta reunión se concretó el jueves 8 de noviembre en el Bar de la Academia en Congreso. Los temas tratados fueron: el tema de esta presentación y su interés, el esfuerzo de prevención de VIH/SIDA en la Argentina, la estructura de la atención a la enfermedad, la accesibilidad de información, las brechas en comunicación y coordinación, la discriminación y el comportamiento de la gente en relación del riesgo de VIH. Después de la entrevista, Liliana aceptó ser la tutora y en ese momento llamó a Fabián Portnoy y a María Gilligan, dos personas que ella conoce que podrían ser buenos contactos por este estudio. De este modo, era posible contactarlos y fijar un tiempo para un encuentro también. Después de nuestra reunión fue examinada la conversación y organizada la información obtenida. El próximo día, se realizó el contacto con María Gilligan y se fijó un tiempo para una entrevista y se comenzó el proceso de contacto con Fabián Portnoy.

El primer contacto con Fabián Portnoy fue por e.mail ya que esa semana no estaba en la ciudad, se intercambiaron mensajes y combinamos una entrevista a su vuelta a Buenos Aires. La entrevista se concretó en su oficina en la Coordinación SIDA el día viernes el 23 de noviembre y los temas de la reunión fueron su trabajo, los esfuerzos de la Coordinación SIDA, como

funcionan los centros (CeSAC y CePAD) y como habían cambiado con los años. Dijo que podía visitar tres CePAD, los números 2, 38 y 41 y otros donde debía ir para buscar información para mi estudio. Él comentó que estos son muy buenos y distintos y pueden darme una buena perspectiva.

Proveedores de atención: trabajadores de CeSAC y CePAD

Las entrevistas con proveedores de atención fueron con trabajadores de los equipos en los CeSAC/CePAD números 2, 38 y 41. Los tres CePAD aportaron un buen ámbito de investigación. El CePAD Nro 2 fue el primer CePAD establecido en la ciudad de Buenos Aires, en el año 2000 y por eso los trabajadores allá tenían una buena conciencia de los cambios que habían ocurrido, la proesión y desarrollo de la enfermedad y de los esfuerzos de su equipo. Se estableció el CePAD Nro 41 más tarde, en 2008. El CePAD Nro 38 es el más reciente—bastante nuevo que el sitio web de la Ciudad de Buenos Aires no menciona que los servicios del CePAD son disponible a ese CeSAC. El sitio menciona los CePAD de los otros centros (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2012).

En el CeSAC Nro 2 se entrevistó a Maria Andrea Dotro (Lic. en Trabajo Social) y Graciela Chayán (Lic. Psicología); con Karina Angeleri (Lic. Trabajo Social) en el Nro 38; y con Cecilia Gianni (Lic. Antropología) al CeSAC Nro 41.

Para todas las reuniones, era necesario llegar temprano y esperar en la sala de espera, situación que dio tiempo para observar las acciones cotidianas del CeSAC por un rato; fueron observados los pacientes que esperaban, los carteles y la información en las paredes, el suministro de preservativos y el ambiente general del centro.

Liliana brindó la información de dos trabajadores de los equipos en los CeSAC números 2 y 38, los nombres que ella había obtenido de una amiga, Eleonora Sacco, con quien trabaja. Fueron llamadas de parte de Liliana y se acordó un encuentro para una entrevista.

Ana Rita brindó la información para contactar al Doctor Gabriel Battistella, el médico familiar al CeSAC Nro 41 en la Boca que fue visitado en septiembre. Una vez realizado el contacto, fue posible realizar una visita al CePAD donde él trabaja para realizar una entrevista con un trabajador de su equipo.

Se realizó una entrevista con Karina Angeleri, Licenciada trabajadora social, en el CeSAC Nro 38 el 21 de noviembre de 2012 a las ocho y media. Este CePAD está en Almagro, en el medio de la ciudad de Buenos Aires. Se habló en una oficina sencilla trasera del centro. Los temas fueron principalmente las puertas de entrada, la colaboración entre el CeSAC y CePAD, la disminución de estigmas y prejuicios, el aumento del comportamiento seguro, la accesibilidad al test rápido y la comunicación y conversación con la gente en el barrio.

El CeSAC Nro 41 en el barrio la Boca fue visitado por la tarde el mismo día. Este CePAD tiene mucho trabajo, por causa de la tendencia de la epidemia de VIH, que es mucho más alta en el sur de la ciudad de Buenos Aires debido a la pobreza, niveles de educación y condiciones de vida allá. En el primer al centro se entrevistó al Doctor Battistella por un corto tiempo sobre el tema de mi estudio e investigación. Él dijo que se podría realizar una entrevista con Cecilia Gianni, una antropóloga y trabajador del equipo de CePAD. De este modo, se realizó la entrevista y se habló sobre las diferencias en la situación epidemiológica de VIH/SIDA en la ciudad, las necesidades de la gente, los problemas sociales y la comunicación y educación de la gente.

El día próximo, el 22 de noviembre, se realizaron dos entrevistas con dos trabajadoras en el CeSAC Nro 2. Ellas coordinan el servicio del CePAD: Andrea Dotro, trabajadora social, y Graciela Chayán, psicóloga. Su área de responsabilidad en el barrio Villa Pueyrredón no es una población sin recursos; es de clase media y no hay problemas de desarrollo significativo. Como el primer CePAD que fue establecido en la ciudad, ellas tienen un sentimiento particular de su desarrollo y cambios dentro de su trabajo. Por esta razón, fue posible hablar sobre estos cambios, dentro de su centro y en el barrio en general y también de sus esfuerzos y trabajo en el CePAD, su equipo de salud, el comportamiento de la gente en su barrio y en la ciudad en general.

Personas viven con VIH/SIDA

Se realizó solamente una entrevista con una mujer que vive con VIH. Fue un honor conocer a María Gilligan, la presidente de la Red Argentina de mujeres que viven con VIH-Sida. La primera entrevista fue cancelada debido a un paro nacional que tuvo lugar en Argentina. Finalmente, la entrevista se concretó en su oficina en Plaza Miserere una semana después, el 27 de noviembre de 2012. La entrevista fue sumamente interesante y la perspectiva y experiencia de sra. Gilligan fue muy importante por este estudio. Los temas de la entrevista fueron las experiencias de los PVVS, la realidad de cómo, cuándo y dónde reciben atención, las faltas en los esfuerzos de prevención de VIH, los fracasos en el sistema de salud, la discriminación y estigmas presentes en la sociedad y la importancia de la sociedad civil y el rol de las ONGs.

Desarrollo

Por medio de las entrevistas que se realizaron y la investigación de fuentes secundario que se relevaron, fue posible identificar cuáles fueron las calidades y acciones necesarios que

realizaron los CeSAC y sus CePAD para proveer un programa de prevención de VIH significativo bueno.

Había algunos indicadores que—si un centro los han implementado—mostraban que un centro trabaja con un gran esfuerzo y provee métodos de prevención activos y fuertes. Estos métodos son: equipos de trabajo integrados, presencia y cantidad de recursos de prevención físicos, accesibilidad de servicios a la gente y una presencia de interacción con otras instituciones presentes e involucradas en la comunidad.

A pesar de una bajo nivel de barreras logísticas presentes en el desarrollo y promoción de los programas de prevención en cada CeSAC y CePAD que se fue observando, todavía había evidencia de brechas y fallas, faltas de conexiones y éxito no realizado. Había indicaciones que todavía muchas problemas y estigma perseverantes existen dentro del campo de prevención de VIH en la Ciudad de Buenos Aires.

Además de la epidemiología de la enfermedad VIH en su comunidad y de los objetivos y acciones específicos de cada CePAD que fueron visitados, todos las personas entrevistadas mencionaron los problemas sociales y culturales que existen en su comunidad. Hablaron del afecto del desarrollo de la prevención y el conocimiento de VIH que estos problemas tienen. Pero en la mayoría de los casos, se fueron viendo otras cosas conectados a brechas y problemas que las proveedores no habían mencionado durante nuestras entrevistas.

Todos estos problemas, que son a menudo vistos y a veces no, como el hecho que la prevención de VIH es un esfuerzo que realizan muchos integrantes del centro, que a menudo los diagnósticos se hacen demasiado tarde y la prevención es más común en el nivel de un individuo, que algunos valorados existen en teoría pero no en la práctica y que el nivel de comodidad y confianza de la gente en su proveedores en el primer nivel es inseguro--todas las razones

muestran que el nivel de éxito de los programas de prevención de VIH está limitado por las dinámicas sociales que están todavía presentes en la sociedad y la vida cotidiana de la gente vive en la Ciudad de Buenos Aires. Por eso sin duda son presentes también en la manera de que prevención y educación de VIH es provisto en el primer nivel de atención dentro de los CePAD.

Indicadores del desarrollo de programas de prevención de VIH en los CePAD

Equipos de salud integrados: los CeSAC y los CePAD

Una meta clara de la Coordinación SIDA en relación con la lucha por controlar la epidemia de VIH en la ciudad de Buenos Aires ha sido la colaboración y la función de un equipo de trabajo integral a cada CeSAC y CePAD. Fabián Portnoy habló de este tema mucho (Entrevista Portnoy, 2012). Ya que el VIH es un problema más grande que solamente un problema médico, es necesario que haya otros recursos, experiencias, habilidades, perspectivas y conocimiento disponibles para proveer la mejor calidad de cuidado. Como es tan importante que los equipos de los CePAD tengan el mismo conocimiento y conexión de la comunidad que los del CeSAC, como el Sr. Portnoy explicó, un equipo en un CePAD está armado con los trabajadores de los equipos de su CeSAC. La Coordinación SIDA solamente apoya la creación de un CePAD si un CeSAC lo quiere (Entrevista Portnoy, 2012)

Todos los proveedores dijeron que creen fuertemente en el trabajo que hacen en su CePAD (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). La prevención y tratamiento de VIH/SIDA es un tema muy cercano a sus intereses propios y Cecilia Gianni, en el CePAD Nro 41, explicó que cuando su CePAD era bastante nuevo, los trabajadores del equipo se habían enfocado en el campo de VIH/SIDA hacía muchos años (Entrevista Lic. Gianni, 2012). Aunque el CePAD fue estableciendo en el año 2008, ella ha trabajado con el VIH/SIDA desde 1997.

Andrea Dotro y Graciela Chayán explicaron que las complicaciones personales—físicas y mentales—dentro del tema de VIH requieren que un equipo esté preparado con muchos recursos y comprensión (Entrevista Lic. Dotro & Lic. Chayán, 2012). En la mayoría de los casos de prevención, además del testeo y tratamiento, la colaboración y el compartir son los mejores métodos para tratar un problema. Karina Angeleri explicó que se realizan esfuerzos similares en su equipo en el CePAD Nro 38 (Entrevista Lic. Angeleri, 2012).

Recursos físicos

En las entrevistas con Claudia Lucena y Liliana Vigna, las dos mencionaron que una falta de recursos físicos—preservativos, lubricantes, folletería, materiales de enseñanzas, testeos—es muy raro (Entrevista Dra. Lucena, 2012; Entrevista Lic. Vignau, 2012). Es más probable que un centro los tenga y no los use que no los tenga en absoluto. Fabián Portnoy habló del mismo tema y explicó que la Coordinación SIDA trabaja constantemente con los CeSAC y CePAD para asegurar que tienen todo lo que necesitan y para darles lo que falta (Entrevista Portnoy, 2012). Todos los proveedores dijeron que tienen todo lo que es necesario y que su comunicación con la Coordinación es buena y constante (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

En los CeSAC que fueron visitados, se da cuenta de las provisiones y recursos disponibles. En todos había cajas llenas de preservativos gratuitos y en sus paredes había por lo menos un cartel sobre el VIH o el testeo.

Accesibilidad a la gente

Es de suma importancia que la gente pueda acceder a los recursos que los CePAD proveen para prevenir VIH.

Todos los CeSAC visitados tiene horarios razonables, accesibles y disponibles. Karina Angeleri explicó también que en el CeSAC informan a sus pacientes dónde pueden ir si

necesitan cuidado a una hora en la que el CeSAC no está abierto (Entrevista Lic. Angeleri, 2012).

A causa de la integración de los equipos de trabajo en los CeSAC y su CePAD, los proveedores trabajan en ambos centros y hacen los mismos esfuerzos. Andrea Dotro dijo que cada proveedor que es parte del equipo de CePAD trabaja algunos días cada semana en el CePAD y en sus esfuerzos y en sus proyectos (Entrevista Lic. Dotro, 2012). Esto significa que la mayoría de los días, hay alguien en el CeSAC que puede atender a un paciente que busca atención del CePAD.

Un horario fijo para las extracciones de sangre y los test de VIH por cierto puede disminuir el nivel de la accesibilidad. Todos los proveedores citaron que hay limitaciones pero es raro que perciban sus horarios como una limitación severa a la accesibilidad (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

En realidad es poco claro si la atención para los pacientes en los CePAD está siempre disponible. Como María Gilligan explicó, si un paciente no puede venir al centro durante su horario, los proveedores nunca lo saben porque nunca lo atienden (Entrevista Gilligan, 2012).

Interacción con la comunidad

Todos los proveedores en los CePAD dieron ejemplos de su trabajo en la comunidad. Era evidente que existía un fuerte esfuerzo por comunicar y conectar con algunas instituciones que ya estaban en su barrio. La más común y aparentemente exitosa era su relación y trabajo con las escuelas y con los jóvenes. Todos hablaron sobre la importancia de introducir el tema de prevención de VIH como una parte de la conversación de y con la juventud. Tienen clases y charlas con estudiantes, ofrecen eventos en los que todos hacen carteles informativos y los cuelgan en las paredes de la escuela (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

Una gran parte de sus clases y conversaciones fueron sobre los mitos y desinformación sobre el tema de VIH/SIDA. En el CePAD Nro 38, Karina Angeleri habló de una serie de reuniones formales que ofrecen a los jóvenes que no estudian más (Entrevista Lic. Angeleri, 2012). Sin estas reuniones, no tendrían acceso a información clave sobre VIH/SIDA, el riesgo de contraerlo, como prevenirlo y cómo comprender la enfermedad.

Reemplazando conversaciones informales entre familias o amigos por conversaciones formales con profesionales se consiguió que los CePAD aumentaran la conciencia en su comunidad. Todos dijeron que creen que hay cambios en el entendimiento de toda su comunidad, no solamente en la juventud. No se puede decir que la gente es ignorante del peligro de VIH. Sin embargo, los proveedores admitían que no había una manera de asegurar que el comportamiento de la gente refleje su conocimiento (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

Pero todavía...

A pesar de la implementación de programas de prevención como los establecidos por la Coordinación SIDA de la Ciudad de Buenos Aires y a pesar de sus éxitos obvios nadie negó la presencia del problema que todavía persiste, en una forma medica además de social.

Todos los proveedores hablaron de sus esfuerzos como si supieran que sus habilidades tienen un límite (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). Como Andrea Dotro del CeSAC Nro 2 expresó, no había muchos problemas de su lado, del lado del CePAD (Entrevista Lic. Dotro, 2012). Si los problemas y brechas existen, hacen mucho y lo mejor que es posible.

Cecilia Gianni dijo que el equipo del CePAD Nro 41 hace todo lo que puede, trabajan juntos y tratan los problemas que ellos y su comunidad enfrentan con mucha pericia y tacto

(Entrevista Lic. Gianni, 2012). Sin embargo, casi cada semana, hay alguien que menciona un mito de VIH y existen factores sociales que afectan al comportamiento y pensamiento sobre el VIH.

Mientras que describían cambios, desarrollo, aumento de conocimiento y entendimiento de la gente de VIH, los proveedores admitieron también que en todos los casos no era reflejado en el comportamiento de la gente siempre (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). Falta un sentimiento de la importancia de protegerse para cuidarse, mientras que la gente sepa el riesgo.

Por eso, los proveedores entrevistados tenían la impresión de que sus esfuerzos en los CePAD son bastantes fuertes y que para su trabajo ellos hacen lo mejor que pueden. Trabajan al máximo de sus habilidades. Para ellos, son las realidades afuera de los centros los que afectan cómo interactúa la gente con la prevención de VIH. Se comprende que el estigma es un problema todavía y que hay otros factores sociales que afectan el comportamiento de la gente en relación con la protección de VIH (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

Factores y Consecuencias Sociales de VIH: cómo interactúan socialmente y se considera esta enfermedad todavía

VIH como un problema de muchos campos: La división del trabajo de prevención

A pesar de los esfuerzos en los que se enfocan los programas de prevención y educación del VIH y de centralizar el cuidado de la enfermedad, todavía hay obstáculos en las responsabilidades de prevenirlo.

Nadie parecía saber cómo tratar los muchos problemas vinculados al VIH en relación con la enfermedad también. Existen muchos factores y muchos lados del VIH solamente y hay muchas cosas a considerar como parte de la conversación, prevención y educación cuando está

en relación con otros problemas grande en la sociedad. Cuando VIH es introducido como parte de la ecuación, los problemas son algo más que solamente la accesibilidad y la provisión de métodos anticonceptivos, o de violencia de género, o de adicciones a drogas, o del uso de los preservativos— hacen todos a los propios problemas *además* del riesgo y amenaza de contraer VIH.

Por esta razón: ¿cómo saben quiénes son responsables en los esfuerzos de prevención? Se pueden asumir que los especialistas dentro del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable deben atender al tema de transmisión vertical. También, que la Dirección de Salud Mental y Adicciones debe asistir a los usuarios de drogas que son positivos por VIH. También que el Programa de Educación Sexual Integral debe ser responsable de enseñar a cada estudiante sobre VIH. Pero en muchos casos, en la causa de prejuicios individuales y problemas sociales, la información no es compartida o el cuidado que un PVVS tiene que saber no es enseñado dentro de estos otros programas y dirección afuera de los programas específicamente del VIH y SIDA.

Karina Angeleri al CePAD Nro 38 mencionó la división conocida de responsabilidades entre el Programa de Salud Sexual y Procreación Reproductiva y la prevención de VIH que existe en su centro (Entrevista Lic. Angeleri, 2012). Ella dijo que a menudo es difícil saber quien provee que información a que punto, a qué paciente. La cuestión del tratamiento de transmisión vertical cuando una mujer está embarazada y ya testó positivo de VIH vuelve a la cuestión de quién es responsable por qué prevención, educación, información, consejo, tratamiento--el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable o el CePAD, o los programas de VIH.

Es obvio que cuando esto ocurre, lo específico es perdido y toda la información no es compartida necesariamente. Y cuando hay brechas en la comunicación y el entendimiento se

causa más desinformación, prejuicios y mitos alrededor del tema de VIH. La división de responsabilidades y esfuerzos crean brechas en la solidaridad contra el VIH.

Cuando es el diagnóstico: el test VIH como una ocurrencia tardía

Karina Angeleri explicó que típicamente hay dos puertas de entrada a los CeSAC/CePAD para los pacientes que tiene VIH o creen que es posible que lo tengan y quieren hacerse un test (Entrevista Lic. Angeleri, 2012). El primero, es ir a las consultas médicas en el CeSAC donde la gente recibe atención primaria. Puede pedir un test de VIH allá. La otra entrada es en el CePAD, donde la mayoría de las veces la gente viene solamente para testearse.

No menos interesante es el hecho de que María Gilligan dijo que pedir un testeo durante un turno individual con un médico es raro para un paciente (Entrevista Gilligan, 2012). En su experiencia no se toma mucha conciencia de que los equipos de trabajo enseñan que es una opción para preguntar a su obstetra o médico familiar o ginecólogo, si puede recibir el test de VIH. A ella, le parece más como un evento definitivo, no solamente una cosa que se pregunta en cualquier turno con su médico. Si los esfuerzos de prevención fueran más integrados con la interacción habitual de los proveedores y pacientes, podrían ser más normalizadas y exitosas (Entrevista Gilligan, 2012).

Una consecuencia frecuente por esta falla es el hecho de que muy a menudo para las mujeres el momento del diagnóstico de VIH es cuando viene al CeSAC porque están embarazadas. Evidentemente en este punto el problema ya se ha hecho un problema mucho más grande, con más vidas en riesgo. También es menos claro en qué campo debe ser el tratamiento, quien está a cargo de las consultas (Entrevista Lic. Angeleri, 2012). ¿Qué es más valorado y como el sistema ve a esta mujer: como madre, como mujer, como PVVH—cómo todos encajan

dentro del sistema de salud y dentro de su vida cotidiana? ¿Cómo pueden juntarse los dos para apoyar la mejor calidad de vida para la paciente y su hijo?

La cuestión del tratamiento de la transmisión vertical vuelve a la cuestión de quién es responsable por la prevención, educación, información, consejo, tratamiento--y quien sabe como hacerlo de la mejor manera.

También el problema que demasiadas mujeres reciben su diagnóstico de VIH solamente cuando están embarazadas plantea la cuestión del estado de salud de su pareja. Todos los proveedores a los CePAD explicaron que tratan de testear a la pareja de una mujer embarazada positiva por VIH siempre, pero a menudo él no quiere hacerlo (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

Este tema plantea la pregunta del uso de la atención médica relacionada con las tendencias de género. Todas las proveedoras dijeron que, en general, las mujeres usan y buscan la atención médica más que los varones (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). Cecilia Gianni le atribuye una gran parte a la existencia de la planificación familiar, o al menos a los embarazos de las mujeres lo que les requiere buscar algo tipo de cuidado, y esto las introduce en el sistema (Entrevista Lic. Gianni, 2012). Además, todas las proveedoras mencionaban en alguna manera que los hombres usan menos el sistema, ellas dijeron, que esto formaba parte del machismo (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). María Gilligan exploró esta idea más detenidamente, hacía alusión a los roles y expectativas fuertes de género, de orgullo y conceptos de infalibilidad (Entrevista Gilligan, 2012). Por supuesto, todo vuelve al mismo concepto y a menudo los prejuicios de qué significa ser un PVVS.

VIH en el campo profesional como un tema individual: Cómo recibe la gente atención e información

En cada CePAD, se dijo que la atención es siempre individual entre un paciente y su médico (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). La información educacional es casi siempre en el nivel individual también. Hay charlas y eventos que los CePAD ofrecen en forma conjunta con otras instituciones en su barrio (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). Si no ha ocurrido en absoluto, es una ocurrencia rara y menos común.

Aun así no es dudoso que las relaciones entre los médicos y sus pacientes que viven con VIH son muy diferentes actualmente de lo que ha sido en los años pasados, explicó Cecilia Gianni (Entrevista Lic. Gianni, 2012). Como la conciencia aumenta y los prejuicios y mitos disminuyen, se hace más espacio en la sociedad para las relaciones no afectadas por el estigma del VIH. Los médicos y especialistas han abordado la información científica y técnica que usan cuando atienden a los PVVS. La provisión de recursos necesarios han ayudado en sus esfuerzos y facilitan su trabajo en este campo.

Sin embargo, cuando toda la información que un paciente recibe en un espacio formal es dependiente de una relación e interacción con un proveedor, en algunas maneras se crean espacios separados y cortados. Pregunté sobre la existencia de grupos de apoyo para los PVVS dentro de los centros, para que los pacientes compartan información, historias y experiencias pero ninguno centro lo ofrece (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). Con una enfermedad tan vinculada con las interacciones sociales parece raro que la educación e información es compartida en privacidad y que a menudo los centros no fomentan una sensación de mayor comunicación y comunidad dentro de sus paredes.

Aun así es un tema difícil dentro del campo de VIH por cuestiones del valor de los derechos de los PVVS.

Los valores falsos en el campo de VIH: la falta de profesionalismo consolida los prejuicios sociales

Como María Gilligan señaló, hay leyes que existen para proteger los derechos de PVVS: para garantizar el acceso gratuito a los tests, cuidado, tratamiento, medicamentos; consentimiento informado, consultas e información antes del test para que puedan tomar una decisión informada; y un derecho de confidencialidad de su estado de salud, si es positivo o negativo por VIH o SIDA (Entrevista Gilligan, 2012).

Sin embargo, no es necesario que estas leyes sea respetadas en cada escenario. Las interacciones cotidianas rompen estos derechos (Entrevista Gilligan, 2012). Cuando hablé con los proveedores, todos expusieron estos derechos y aseguraron estas calidades de profesionalismo y respeto de la enfermedad y los PVVS (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

No fue una sorpresa que María Gilligan contara algunas historias diferentes (Entrevista Gilligan, 2012). Ella describió situaciones en las que pacientes no realizan consultas antes del test de VIH. Muchos pacientes reciben sus resultados sin saber que el tratamiento es gratuito ni hablan del proceso de tomar la combinación de medicamentos correctamente.

También ella habló de los proveedores de salud que se refieren a un paciente que vive con VIH o SIDA como ‘la que tiene SIDA,’ usando su enfermedad como un identificador y esto seguro rompe la confidencialidad del paciente (Entrevista Gilligan, 2012).

Como comentó Liliana Vignau, el hecho de que existe la ley de confidencialidad de VIH en primer lugar es representativo del estigma y discriminación que todavía existe en la sociedad (Entrevista Lic. Vignau, 2012). Obviamente para los proveedores de salud ignorarlo es más irrespetuoso de los PVVS. Tales acciones solamente fortalecen la aceptación de la discriminación.

El estigma del VIH en relación del cuidado en el primer nivel: ¿cuándo está la atención demasiado cerca?

Un tema recurrente en esta investigación era el hecho que a menudo la gente va a un centro que no está en su barrio para testear o recibir atención de VIH. Todas las proveedoras comprendieron que esta acción es un producto de una culminación de un deseo de no ser conocido como un PVVS, o como una persona que piensa que es posible que está en riesgo de tener la enfermedad (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012).

Andrea Dotro me explicó que cuando un paciente va a otro centro, ellos no sabe qué ocurre allá, solamente pueden saber lo que el paciente les dice (Entrevista Lic. Dotro, 2012). No saben qué atención, información o tratamiento recibieron ni hablar de su diagnóstico. Mientras que las proveedoras comprenden que no es ideal tener pacientes que reciben cuidado en centros diferentes, creen que es mejor que puedan acceder a la atención y ayuda que no hacerlo (Entrevistas Lics. Angeleri, Gianni, Dotro y Chayán, 2012). Fabián Portnoy dijo lo mismo (Entrevista Portnoy, 2012). Es mejor recibir cuidado que no, sin tener en cuenta sus razones para hacerlo en cualquier lugar.

Andrea Dotro y Graciela Chayán dijeron que este fenómeno no es una reacción a las faltas o problemas de los centros, sino que es indicativo de los sentimientos de un paciente, de la auto-estigmatización (Entrevista Lic. Dotro & Lic. Chayán, 2012). Los pacientes no querían sentirse como si fueran juzgados. En los CeSAC que están muy involucrados en sus comunidades, hay una proximidad que amenaza el anonimato de una persona. Por eso, la gente va a otros centros para testearse o realizar una consulta.

Obviamente esta tendencia es muy indicativa de la discriminación que está presente en la sociedad, indicando que la gente recibe el mensaje que hay razones para estar avergonzado y la vergüenza está asociada con el VIH.

Conclusiones

Es sabido que todavía no hay una cura para el VIH o el SIDA y que es improbable que haya una cura dentro de poco. Una vez que una persona está infectada este va a ser su estado durante toda la vida. Para la mayoría el diagnóstico de VIH es una nueva realidad que afecta todas las partes de la vida no solamente la salud.

Por todo esto, la prevención de VIH es de suma importancia. Educación e información de una fuente fidedigna y de confianza en una comunidad es el mejor método de aumentar la conciencia del virus, disminuir los mitos y prejuicios y brindar a la gente el entendimiento necesario sobre la enfermedad y los recursos necesarios para cuidarse y protegerse. Los CePAD están en una buena posición social para proveer un buen ejemplo de cómo se debe interactuar con el VIH debido a que atiende a la gente y previene su riesgo de VIH.

En casi todos los CePAD se hacen esfuerzos buenos. Han adoptado programas para sus comunidades y hasta para los que son más nuevos, los proveedores han implementado cambios para brindar más información y experiencia.

Sin embargo el estigma del VIH y PVVS es fuerte en la ciudad de Buenos Aires todavía. La discriminación es una ocurrencia real y demasiado común.

Es posible que el origen de muchos de los problemas a los que los centros en el primer nivel se enfrentan es el estigma del VIH que sigue en la sociedad, a pesar de las intenciones buenas y los esfuerzos fuertes de los CeSAC. También, todavía existe la creencia de que el comportamiento sexual de la gente refleja la educación y entendimiento que tiene del riesgo de contraer el VIH. Como Claudia Lucena explicó, es como el cinturón de seguridad: todos saben que deben usarlo pero todavía las personas mueren cada día porque no lo usan (Entrevista Dra. Lucena, 2012). Es simple pero no significa que ocurra.

Sin embargo, para decir que el estigma y los problemas sociales son solamente están afuera de los centros resulta algo ignorante. Los proveedores de los esfuerzos de prevención son porteños que viven en la misma ciudad y son una parte de la sociedad y sus dinámicas sociales también.

Las acciones e interacciones cotidianas en los centros reiteran y reafirman los prejuicios y estigmas cada día. Mientras que es fácil para los proveedores en los CePAD decir que hacen lo mejor que se puede dadas las condiciones sociales relacionadas con el VIH, que logran la meta de la mejor forma que es posible, que proveen lo que está disponible y dado a ellos--todavía no es bastante bueno, no es bastante esfuerzo.

No se puede echar la culpa a la gente ni al clima social y cultural solamente, porque los centros de salud existen dentro de la misma sociedad. El sistema de salud y sus proveedores son una parte de la sociedad y si los valores y discriminaciones y estigmas están presentes afuera del centro, estén presentes dentro del centro también.

La falta de esfuerzos de prevención implementadas dentro de los CePAD que son específicamente enfocados en las mujeres y otros desafíos sociales a los que ellas se enfrentan ha creado una situación en la que la más común manera para una mujer de conocer su diagnóstico de VIH es cuando ella está embarazada. Aunque los esfuerzos de prevenir la transmisión vertical son indudablemente importantes ignoran el hecho de que hay una indicación de una falla de prevención que es la razón por la que la mujer ya es positiva de VIH.

Los centros están en una buena posición de proveer más esfuerzos de prevención. Tienen la oportunidad de conocer sus comunidades y brindar atención médica de la mejor manera en su área de responsabilidad. Pueden fomentar un sentimiento de solidaridad y comunidad dentro del centro para los PVVS, no solamente en las instituciones afuera del centro. Sin duda existe una

necesidad de aumentar la conversación y colaboración en la prevención del VIH dentro de un centro para mostrar a la gente que es un espacio seguro y de confianza para todos los desafíos que el tema de VIH representa.

Como proveedores de salud, tiene que, en los CePAD de la ciudad de Buenos Aires, reevaluar sus acciones de prevención y armar sus esfuerzos no solamente en contra del estigma del VIH en la teoría sino también en la práctica.

Referencias

Fuentes Primarias

Entrevistas

Dra. Claudia Lucena

Médica Infectóloga

Directora del Programa Provincial de VIH/SIDA, Ministerio de salud provincia Tucumán

Tucumán, Argentina

18 de octubre de 2012

Liliana Vignau

Lic. Sociología

Especialista en Salud Pública

El Bar la Academia

Av. Callao 368, Ciudad de Buenos Aires

8 de noviembre de 2012

Karina Angeleri

Lic. Trabajador Social

Responsable del Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del Centro de Salud

CeSAC Nro 38

Medrano 350, Almagro, Ciudad de Buenos Aires

Dr. Gabriel Battistella

Director, Médico familiar

CeSAC Nro 41

BRIN Ministro 843, La Boca, Ciudad de Buenos Aires

21 de noviembre de 2012

Cecilia Gianni

Lic. Antropóloga

Equipo de Salud de CePAD Nro 41

CeSAC Nro 41

BRIN Ministro 843, La Boca, Ciudad de Buenos Aires

21 de noviembre de 2012

Andrea Dotro

Lic. Trabajador Social

Responsable del Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del Centro de Salud

CeSAC Nro 2
Terrada 5850, Villa Pueyrredón, Ciudad de Buenos Aires
22 de noviembre de 2012

Graciela Chayán

Lic. Psicóloga
Responsable del Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del Centro de Salud
CeSAC Nro 2
Terrada 5850, Villa Pueyrredón, Ciudad de Buenos Aires
22 de noviembre de 2012

Fabián Portnoy

Coordinación SIDA de la Ciudad de Buenos Aires
Donato Alvarez 1236, Ciudad de Buenos Aires
23 de noviembre de 2012

María Eugenia Gilligan

La Red Argentina de mujeres viviendo con VIH-Sida
Bartolomé Mitre 2815 4 piso, Oficina 404, Plaza Miserere, Ciudad de Buenos Aires
27 de noviembre de 2012

Fuentes Secundarios

- Bianco, M., Mariño, A., Ré, M. I. (2008). Violencia contra las mujeres y VIH en el MERCOSUR: La Situación en Argentina. *Fundación para estudio e investigación de la mujer (FEIM)*. Retrieved October 2012 from http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/Publicacion_VIH_SIDA+violencia.pdf
- Bloch, C. et al. (2009). *Hechos y Palabras La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina; Ministerio de Salud.
- Cahn, P., Bloch, C., Weller, S. (1999). *El Sida en Argentina: Epidemiología, Subjetividad y Ética Social*, 1er ed., Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Arkhetyo.
- Coordinación Sida (2011). Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. *Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA)*. Argentina.
- Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). (2011). *Anuario Estadístico 2011 Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Retrieved November 5, 2012 from http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estadistico_2011.pdf
- Decisiones Reproductivas Y Embarazo En Las Mujeres Que Viven Con VIH/SIDA: Recomendaciones Para El Equipo De Salud*. FEIM, GobBsAs, Secretaria De Salud. Argentina. Retrieved October 2012 from http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/Opciones_Reproductivas_Recomendaciones.pdf
- Enria, G., Fleitas, M., Staffolani, C. (2009). Programas de Salud y Género. Mujeres con VIH/SIDA. *Estudios Sociales: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo*, A.C., 18(5). Retrieved October 2012, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572010000100008&script=sci_arttext
- Fundación Huesped. (2012). Legislación. Retrieved November 5, 2012 from <http://www.huesped.org.ar/legislacion/>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2012). Centros de Testeo: Prevención y asesoramiento sobre VIH-sida. Retrieved November 24, 2012 from http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/vih/centros_testeo.php

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2012). Establecimientos: Salud. Retrieved November 24, 2012 from http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/ficha.php?id=464
- Grimberg, M. (2001). “Saber de SIDA” y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. [Electronic version]. *Cad. Saúde Pública*, 17(3), 481-489. Retrieved November 13, 2012 from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2001000300004&lng=es&tlng=
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. [Electronic version]. *Cuadernos de Antropología Social*, 17. 79-99. Retrieved November 13, 2012, from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-275X2003000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
[GRIMBERG, Mabel](#).
- Grimberg, M. (2009). Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. [Electronic version]. *Cad. Saúde Pública*, 25(1), 133-141. Retrieved November 13, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ley 25.673/2003. (2003). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación*. Argentina. Retrieved October 2012 from <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
- Lucena, C. (2012, October 15). *Unidad Coordinadora y Ejecutora VIH/sida y ETS, Provincia de Tucumán*. Presented at Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Retrieved October 23, 2012 from http://courses.worldlearning.org/file.php/1843/Presentacion_UCE_VIH_.pdf
- Ministerio de Salud (2011). Boletín sobre el VIH-sida No. 28 en la Argentina, Año XIV-Diciembre de 2011. *Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual*. Argentina.
- Petracci, M., Romeo, M. (2011). Índice de estigma en personas que viven con VIH Argentina: Informe Ejecutivo 2011. *Fundación Huesped, Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA de Mar del Plata*. Retrieved November 19, 2012 from <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/estigmaDiscriminacion.pdf>

Programa SIDA (LUSIDA) Nacional De Lucha Contra Los Retrovirus Humanos. Ministerio De Salud, Secretaria De Programas Sanitarios, Subsecretaría De Programas De Prevención Y Promoción. Argentina. Retrieved October 2012 from <http://www.presidencia.gov.ar/sitios-de-gobierno/planes-de-gobierno/2647>

OMS: Organización Mundial De Salud. (2012). VIH/SIDA. Retrieved November 5, 2012 from http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

UNAIDS. Argentina. Retrieved October 25, 2012 from <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/argentina/>.

UNAIDS. Informe Nacional Sobre Los Progresos Realizados en Argentina. Retrieved October 25, 2012 from [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AR_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AR_Narrative_Report[1].pdf)